

ANEXO C

D./D^a. _____, en
calidad _____ de
_____ del Centro Asistencial de Melilla para la Atención a Personas
mayores Residentes

CERTIFICA

Que la relación de residentes correspondiente al mes _____ del año 2026, son los
siguientes:

NOMBRE Y APELLID OS	DNI	FECHA NACIMIENT O	FECH A ALT A	FECH A BAJA	DÍAS ESTANCI AS	CUANTI A DÍA	COSTE PLAZA A REPERCUTIR (€)
1							
2							
3							
4							
5							
.../...							
Total usuarios							Importe total

Lo que certifico a los efectos de.en Melilla a ____de _____de 2026

Sello y firma de la Entidad